CHIP
Asegurando a los Niños de Utah

RESUMEN DE COPAGO

Molina: 1-888-483-0760 **www.health.utah.gov/chip** **SelectHealth: 1-800-538-5038**

BENEFICIOS (por año del plan)	PLAN DE COPAGO B *	PLAN DE COPAGO C *
MAXIMO DE BOLSILLO	5% del ingreso bruto anual de la familia incluidos los gastos dentales **	5% del ingreso bruto anual de la familia incluidos los gastos dentales **
PRIMA	$30/por familia/trimestre	$75/ por familia/trimestre
CONDICION PREVIAMENTE EXISTENTE	No periodo de espera	No periodo de espera
DEDUCIBLE	$40 por familia	$500/por niño; $1,500/por familia
EXAMENES DE BIENESTAR	$0	$0
VACUNAS	$0	$0
VISITAS AL DOCTOR	$5	$25
VISITAS AL ESPECIALISTAS	$5	$40
SALA DE EMERGENCIA	$5; $10 no emergencia	$300 después del deducible
AMBULANCIA	5% de la cantidad aprobada después del deducible	20% de la cantidad aprobada después del deducible
CENTRO DE CUIDADO URGENTE	$5	$40
SERVICIOS DE HOSPITAL EXTERNOS Y CIRIGUIA AMBULATORIA	5% de la cantidad aprobada después del deducible	20% de la cantidad aprobada después del deducible
SERVICIOS DE HOSPITAL INTERNOS	$150 después del deducible	20% de la cantidad aprobada después del deducible
LABORATORIO Y RAYOS-X	$0 por las pruebas menores de diagnóstico y rayos-x; 5% del total después del deducible para las pruebas mayores de diagnóstico y rayos-x	$0 por las pruebas menores de diagnóstico y rayos-x; 20% del total después del deducible para las pruebas mayores de diagnóstico y rayos-x
CIRUJANO	5% de la cantidad aprobada	20% de la cantidad aprobada después del deducible
ANESTESIOLOGO	5% de la cantidad aprobada	20% de la cantidad aprobada después del deducible
RECETAS **-Medicamentos genericos preferidos** **-Medicamentos de marca preferidos** **-Medicamentos no preferidos**	- $5 - 5% de la cantidad aprobada - 5% de la cantidad aprobada	- $15 - 25% de la cantidad aprobada - 50% de la cantidad aprobada
SALUD MENTAL Y DESORDEN DE USO DE SUSTANCIAS **-Centro para pacientes hospitalizados** **-Externos visita de oficina (consultorio) y centro de urgencias**	- $150 después del deducible - $0	- 20% de la cantidad aprobada después del deducible - $0
TRATAMIENTO RESIDENCIAL	5% de la cantidad aprobada después del deducible	20% de la cantidad aprobada después del deducible
TERAPIA FISICA	$5 (Limite de 20 visitas por año)	$40 después del deducible (Límite de 20 visitas por año)
ANALISIS DE COMPORTAMIENTO APLICADO (ABA) **-Para el tratamiento del trastorno del espectro autista**	$0	$0
VISITAS AL QUIROPRACTICO	No es un beneficio cubierto	No es un beneficio cubierto
CUIDADO EN EL HOGAR Y CUIDADO DE HOSPICIO	5% de la cantidad aprobada después del deducible	20% de la cantidad aprobada después del deducible
EQUIPOS MEDICOS Y MATERIALES	5% de la cantidad aprobada después del deducible	20% de la cantidad aprobada después del deducible
EDUCACION DE DIABETES	$0	$0
EXAMEN DE LA VISTA	$5 (Limite de 1 visita por año)	$25 (Limite de 1 visita por año)
EXAMEN DE AUDICION	$5 (Limite de 1 visita por año)	$25 (Limite de 1 visita por año)

* Los planes de copago se basan en sus ingresos. A los indígenas estadounidenses / nativos de Alaska no se les cobrarán copagos, primas ni deducibles.

** CHIP le enviará una carta de aprobación informándole la cantidad máxima aproximada de su costo de bolsillo personal para su familia.

CHIP
Asegurando a los Niños de Utah

RESUMEN DE COPAGO

Premier Access: 1-877-854-4242 www.health.utah.gov/chip

BENEFICIOS DENTALES (por año del plan)	PLAN DE COPAGO B *	PLAN DE COPAGO C *
DEDUCIBLE	$0	$50/por niño ; $150/ por familia
BENEFICIO MAXIMO **- Preventivo, Servicios Básico y Mayores por niño, por año**	$1,000 por año del plan	$1,000 por año del plan
SERVICIOS PREVENTIVOS **- Exámenes de rutina** **- Limpiezas (2 por año)** **- Fluoruro tópico** **- Rayos X**	$0	$0
SERVICIOS BASICOS **- Rellenos** **- Extracciones** **- Cirugía Oral** **- Endodoncia** **- Periodoncia**	5% de la cantidad aprobada	20% de la cantidad aprobada después del deducible
SERVICIOS MAYORES **- Coronas** **- Puentes** **- Dentaduras Postizas**	5% de la cantidad aprobada	50% de la cantidad aprobada después del deducible
ORTODONCIA **- Requiere autorización previa** **- Cubierto solo si es médicamente necesario**	5% de la cantidad aprobada (1,000 máximo por vida**). Requiere autorización previa	50% de la cantidad aprobada (1,000 máximo por vida**). Requiere autorización previa
Especialistas **- Endodoncistas** **- Cirujanos orales** **- Periodoncitas** **- Especialistas en Pediatría** **- Prostodoncistas**	5% de la cantidad aprobada	Hable con su plan dental para obtener un estimado de cargos adicionales.

* Los planes de copago se basan en sus ingresos. A los indígenas estadounidenses / nativos de Alaska no se les cobrarán copagos, primas ni deducibles.
** Los servicios de ortodoncia no están incluidos en el beneficio máximo anual.